

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL ASISTENCIAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL SUAP ZARAGOZA.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

NEILA MINGUIJON GARCIA

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

SUAP ZARAGOZA

Sector de SALUD:

061 ARAGON

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

neilazgz@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos             | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------------------|-----------|-------------------|
| 1 ELENA CELIS REVILLA          | ENFERMERA | SUAP ZARAGOZA     |
| 2 AZUCENA ASENSIO ROYO         | ENFERMERA | SUAP ZARAGOZA     |
| 3 MARIA VICTORIA SANZ GONZALEZ | ENFERMERA | SUAP ZARAGOZA     |
| 4 EVA PUJOL ESTEVA             | ENFERMERA | SUAP ZARAGOZA     |
| 5 JOSE MARIA PASCUAL           | ENFERMERO | SUAP ZARAGOZA     |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El equipo de enfermería SUAP está compuesto por 7 profesionales que trabajan en turnos individualmente realizando asistencia sanitaria urgente en domicilios. El material sanitario que se precisa para la realización del trabajo se tiene que llevar siempre con uno mismo. Cada uno de los profesionales llevamos nuestro propio maletín con el material que cada uno se organiza; un problema importante se da cuando una persona contratada viene al servicio y carece de

un maletín preparado.

Por tanto, los aspectos que queremos mejorar con este proyecto son:

1. Consensuar el material que el equipo de enfermería debe utilizar en la práctica asistencial.
2. Organización de dicho material: realización de un procedimiento donde se describe el material, reposición, control del gasto, control de caducidades...
3. Accesibilidad a todo el material tanto por el personal de plantilla como por el personal contratado.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Desarrollo de un procedimiento sobre organización del material para la práctica asistencial del equipo de enfermería del SUAP
- Consensuar por todo el equipo de enfermería el material que utilizamos.
- Garantizar al personal fijo y contratado la accesibilidad al todo el material para mantener una buena calidad asistencial
- Control del gasto del material

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Se realizará un procedimiento de enfermería donde se desarrollarán todos los pasos sobre la organización del material asistencial: número y clase de maletines a utilizar y otros medios, lista de material a incluir y número de unidades, personal que se encarga de su mantenimiento, lugar donde se guardan, control del gasto del material y forma de trabajo.
2. Se prepararan los maletines según el procedimiento.
3. Los responsables serán todos los componentes del equipo de mejora

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

**EVALUACIÓN:** Cuando esté realizado el procedimiento y organizado el material será presentado a la Gerencia del 061 para su aprobación y puesta en marcha.

**INDICADORES:**

- Realización del procedimiento y presentación a la Gerencia del 061.
- Elaboración de una lista con todo el material y unidades que se incluirán en los maletines.
- Elaboración de una hoja de gasto de material por día y persona.
- Una copia del procedimiento será colocado al lado de los maletines para que tanto el personal fijo como contratado trabaje de acuerdo a este.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario:

MARZO 2009

Decidir que material y número de unidades necesitamos llevar en cada turno de trabajo.

ABRIL 2009

Redactar el procedimiento y puesta en común a todos los compañeros.

MAYO- JUNIO 2009

Entrega del procedimiento a la Gerencia del 061 para su aprobación y futura puesta en marcha.

Petición del material necesario.

JULIO- AGOSTO 2009

Preparación de maletines

SEPTIEMBRE- OCTUBRE 2009

Evaluación del programa



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Actualización y divulgación de las guías de practica clínica vigentes, en el Servicio de Urgencias de Atención Domiciliaria de 061 Aragón

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

#### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> Jesús Modrego Jiménez

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

SUAP Zaragoza

Correo electrónico:

mjmodrego@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

P76282521 por la tarde

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos

Profesión

Centro de trabajo

Javier Colomer Simón

Médico

SUAP Zaragoza

M<sup>a</sup> Victoria Sanz González

Enfermera

SUAP Zaragoza

Carmen Suárez Guzmán

Médico

SUAP Zaragoza

Neila Minguijón García

Enfermera

SUAP Zaragoza

Margarita Lasala Benavides

Médico

SUAP Zaragoza

Alberto garcía Montenegro

Médico

SUAP Zaragoza

Profesión

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El año 2008 iniciamos un proyecto de mejora de calidad con el objetivo de establecer los mecanismos necesarios para garantizar la actualización y divulgación de los protocolos y guías existentes en SUAP 061 Aragón.

Las actuaciones puestas en marcha necesitan consolidarse y mejorarse, por lo que creemos conveniente la continuidad del proyecto

La actualización periódica de las guías de práctica clínica, siguiendo las evidencias científicas y recomendaciones de expertos, contribuye a mejorar la práctica asistencial, disminuir la variabilidad en las actuaciones y permite evaluar los resultados

Durante la evaluación de las guías vigentes y en las reuniones de la unidad, se han detectado discordancias entre el contenido de las recomendaciones y la práctica de los profesionales. Causado en ocasiones por la falta de actualización de las mismas y en otras por desconocimiento de los contenidos

La diversidad de lugares en las que realizamos nuestro trabajo, la turnicidad, y la ausencia de tiempo establecido en la jornada laboral para reuniones y sesiones clínicas dificulta el conocimiento y discusión de las mismas

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**Actividades**

1. A lo largo del año 2008 se han realizado 6 reuniones del grupo de mejora
2. Nombrar un responsable de cada uno de los protocolos que funcionan en actualidad
3. Seleccionar de los protocolos los algoritmos y cuadros de interés para fotocopiar y distribuir entre los profesionales del SUAP
4. Formatear los algoritmos en tamaño A5 y realizar las copias
5. Compra de carpetas plastificadas para guardar los algoritmos y distribución entre médicos y enfermeras
6. Impulsar la formación de equipos de revisión de protocolos
7. Reunir al equipo de revisión del protocolo de crisis HTA,
8. Revisión del protocolo de crisis hipertensiva

En cuanto a los indicadores propuestos en el programa

- N° de guías de práctica clínica revisadas por año Se ha revisado un

protocolo

- N° de sesiones de divulgación por guía actualizada Pendiente de la aprobación del protocolo por la Comisión de Investigación del 061
- N° de profesionales de plantilla que dispongan del contenido de las guías elaboradas en la unidad, en material impreso 100%

Estándares

- Mínimo una guía revisada por año
- Mínimo una sesión de divulgación por guía actualizada
- El 100% de la plantilla dispondrá de algoritmos impresos de las guías vigentes, (excepción, los trabajadores ausentes: por ILT de larga duración, excedencia, comisión de servicios )

El dinero aprobado para la financiación del proyecto se ha utilizado en actividades de formación mediante la participación en talleres del congreso de Sociedad Española de Calidad Asistencial

El material para las fotocopias y las carpetas lo ha aportado el departamento de suministros del 061

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminución de la variabilidad en la práctica asistencial

Disponer de guías actualizadas

Facilitar a todos los profesionales del SUAP tanto fijos como contratados, las guías vigentes en la unidad

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El equipo de mejora será el encargado de

Estimular a los responsables de cada guía para revisar el resto de protocolos vigentes en SUAP

cada responsable se encargará de:

- Reunir al grupo de revisión y actualización al menos cada dos años
- Comunicar las modificaciones a la Comisión correspondiente

Divulgar de los contenidos de las guías revisadas y actualizadas mediante :

- Sesiones clínicas
- Documentación escrita
- Algoritmos plastificados de uso individual ,fáciles de transportar y manejar

realizar una encuesta entre los profesionales del SUAP para conocer la eficacia de las actividades realizadas

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

## Indicadores

- N<sup>a</sup> de protocolos revisados por año
- N<sup>o</sup> de sesiones de divulgación de protocolos por año
- N<sup>o</sup> de profesionales que disponen de material impreso con los protocolos revisados

## Estandares

- Mínimo una guía revisada por año
- Mínimo una sesión de divulgación por guía actualizada
- El 100% de la plantilla dispondrá de algoritmos impresos de los protocolos revisados, (excepción, los trabajadores ausentes: por ILT de larga duración, excedencia, comisión de servicios)

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Marzo a noviembre revisión de protocolos
- Abril realización de una sesión clínica para explicar el protocolo elaborado en 2008
- Noviembre 2009 realizar una encuesta entre los profesionales del SUAP, para comprobar el grado de conocimiento sobre los protocolos

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> |              |
|----------------------------------|--------------|
| <u>Material/Servicios</u>        | <u>Euros</u> |
| <u>Folios y fotocopias</u>       | <u>100</u>   |
| <u>Ordenador portatil</u>        | <u>600</u>   |
| <u>Asistencia a cursos</u>       | <u>700</u>   |
|                                  |              |
| TOTAL                            | 1400         |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Actualización y difusión de la guía de fibrinólisis pre-hospitalaria del 061

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Natalia Giménez Blasco

#### Profesión

Médico de emergencias

#### Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

UME Calatayud

#### Sector de SALUD:

061

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

#### Correo electrónico:

[ladyarroba@amena.com](mailto:ladyarroba@amena.com)

#### Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-881787 / 976716709

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos                     | Profesión | Centro de trabajo       |
|--|-----------|-------------------------|
| 1- Belén Mainar Gómez                  | Médico    | UME Zaragoza, 061       |
| 2- Isabel Calvo Cebollero              | Médico    | HMS, Hemodinámica       |
| 3- Natalia Rivera Rey d'Harcourt       | Médico    | Gerente 061             |
| 4- Gracia García Bescós                | Médico    | Directora Médico 061    |
| 5- M <sup>a</sup> Isabel Cano del Pozo | Médico    | Responsable calidad 061 |
| 6- Emilia Civeira Murillo              | Médico    | UCI Coronarias, HCU     |
| 7- Juan Sánchez-Rubio Lezcano          | Médico    | HMS, Hemodinámica       |
| 8- José Antonio Diarte de Miguel       | Médico    | HMS, Hemodinámica       |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Desde Abril de 2003, el 061 de Aragón puso en marcha el Programa de Fibrinólisis Pre-hospitalaria en las Unidades Móviles de Emergencias (UME) para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) que cumplieran unos criterios de inclusión. Este programa forma parte del Programa TRIAMAR (Plan de Tratamiento Revascularizador del Infarto Agudo de Miocardio en Aragón). Desde entonces se viene aplicando el protocolo cada vez con mayor grado de implantación. Aunque el protocolo ha sido revisado y actualizado en Noviembre de 2006, hay nuevas evidencias terapéuticas que deberían aplicarse.

En la nueva guía de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST (STEMI) de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de 2008, recomiendan:

|                             | <b>Recomendación</b>   | <b>Clase<sup>a</sup></b> | <b>Nivel<sup>b</sup></b> |
|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>STEMI + ICP Primaria</b> | <b>Coterapia antiplaquetaria (AAS+Clopidogrel)</b>   |                          |                          |
|                             | - AAS <sup>c</sup> vía oral (masticable y sin cobertura entérica) dosis inicial 150-325 mg; o AAS vía i.v. (si no se puede suministrar vía oral) dosis inicial de 250-500 mg. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seguida de dosis de mantenimiento 75-160 mg de por vida</li> </ul>      | <b>I</b>                 | <b>A</b>                 |
|                             | - Clopidogrel vía oral. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dosis de inicio baja de 300 mg, preferiblemente 600 mg</li> <li>▪ Dosis de mantenimiento de 75 mg/día</li> </ul>  | <b>I</b>                 | <b>B</b>                 |
| <b>STEMI + Fibrinólisis</b> | <b>Iniciación terapia fibrinolítica prehospitalaria</b>  | <b>IIa</b>               | <b>A</b>                 |
|                             | <b>Coterapia antiplaquetaria (AAS+Clopidogrel)</b>   |                          |                          |
|                             | - AAS <sup>c</sup> vía oral (masticable y sin cobertura entérica) dosis inicial 150-325 mg; o AAS vía i.v. (si no se puede suministrar vía oral) dosis inicial de 250-500 mg. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seguida de dosis baja de mantenimiento 75-100 mg de por vida</li> </ul> | <b>I</b>                 | <b>B</b>                 |
|                             | - Clopidogrel vía oral. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dosis de inicio <ul style="list-style-type: none"> <li>* Si edad ≤ 75 años, 300 mg</li> <li>* Si edad &gt; 75 años, 75 mg</li> </ul> </li> <li>▪ Dosis de mantenimiento de 75 mg/día</li> </ul>                               | <b>I</b>                 | <b>B</b>                 |

<sup>a</sup>Clase de recomendación

<sup>b</sup>Nivel de evidencia

<sup>c</sup>Ácido Acetil Salicílico

También presentan nuevas evidencias de beneficio del tratamiento fibrinolítico. Estas son:

- Si el tratamiento fibrinolítico se aplica en las 6 primeras horas desde el comienzo de los síntomas, se previene aproximadamente el 3% de mortalidad.
- Si el tratamiento fibrinolítico se aplica entre las 7 y 12 horas desde el comienzo de los síntomas, se previene aproximadamente el 2% de mortalidad.
- En un estudio con 3.300 pacientes mayores de 75 años y con ≤ 12 horas desde el comienzo de los síntomas de STEMI o Bloqueo de Rama Izquierda (BRI) de nueva aparición. Se demostró una disminución significativa de mortalidad al tratar con terapia fibrinolítica.

## 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Tabla 1. Comparativa primeros años implantación fibrinolisis versus últimos años

|  | <b>Abril 2003 /<br/>Diciembre 2005</b> | <b>Enero 2006 /<br/>Diciembre 2008</b> |
|--|--|--|
| Fibrinolisis   | (N=149) 34%                            | (N=221) 52%                            |
| ICP <sup>1</sup> primaria  | (N=0) 0%                               | (N=35) 8%                              |
| Revascularización resuelta en UME<br>Fibrinolisis+ICP primaria<br>concertada con el Hospital desde UME | (N=149) 34%                            | (N=256) 60%                            |
| Fibrinolisis 1ª hora   | 12'1%                                  | 16'3%                                  |
| Fibrinolisis 2 primeras horas  | 57%                                    | 60'6%                                  |
| Fibrinolisis 3 primeras horas  | 78'5%                                  | 76%                                    |
| Fibrinolisis realizada en Prioridad Ariam I  | 80%                                    | 98%                                    |
| Fibrinolisis realizada en Prioridad Ariam II   | 30%                                    | 50%                                    |
| Tratamiento con AAS versus Clopidogrel   | 90%                                    | 90%                                    |

<sup>1</sup> Intervencionismo Coronario Percutáneo

Durante estos 6 años hemos realizado un aumento progresivo de tratamientos fibrinolíticos extrahospitalarios.

Consiguiendo en los 3 últimos años:

- Fibrinolisis extrahospitalaria en el 52% de los casos de Síndrome Coronario Agudo (SCA)
- Concertar ICP primaria en el 8% de los casos de SCA. (Programa TRIAMAR)
- Fibrinolisis en Prioridad Ariam I (Pacientes con criterios de inclusión que se encuentran en condiciones óptimas para realizar fibrinolisis) en el 98% de los casos.
- Fibrinolisis en Prioridad Ariam II (Pacientes con criterios de inclusión que se encuentran en peores condiciones para realizar fibrinolisis) en el 50% de los casos.
- Consiguiendo fibrinolisis en las tres primeras horas en un 76% de los casos.
- En el protocolo actual se utiliza como tratamiento antiplaquetario:
  - AAS en dosis única de 300mg vía oral o
  - AAS iv, si intolerancia al AAS vía oral o
  - Clopidogrel 300 mg vía oral si alergias o intolerancia a AAS
- Se puso AAS en el 90% de los casos.

A pesar de este buen cumplimiento de la guía de fibrinolisis extra-hospitalaria, existe un alto índice de tratamientos revascularizadores de rescate, un 22%.

Se pretende:

1. Realizar una actualización de la guía de fibrinólisis extra-hospitalaria con las nuevas evidencias científicas para mejorar el tratamiento del STEMI.
2. También habría que actualizar las patologías que no cumplen criterios revascularizadores: Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) y Angina Inestable (AI).
3. Mejorar la implantación, implicación e implementación del personal sanitario con la redifusión de la guía.
4. Modificar las hojas de registro de recogida de datos de la fibrinólisis.
5. Y se espera disminuir el número de tratamientos revascularizadores de rescate, al mejorar la eficacia del tratamiento fibrinolítico.
6. Seguir con la recopilación de datos de la asistencia prehospitalaria del SCA. Para poder analizar nuestros resultados y seguir comparando la situación actual de este programa.
7. Disminuir el número de eventos cardiovasculares graves en pacientes sometidos a tratamiento revascularizador.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Revisar la bibliografía relacionada.  
 Actualización del protocolo.  
 Difusión mediante charlas concertadas con la gerencia.  
 Implantación de las nuevas recomendaciones.  
 Continuar con la recogida y análisis de datos.

#### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Queremos disminuir el número de ICP de rescate

$$\text{Indicador1} = \frac{\text{Nº de personas a las que se les realiza ICP de rescate}}{\text{Nº de fibrinólisis a pacientes con STEMI}}$$

Queremos mejorar la adhesión al programa del personal del 061.

$$\text{Indicador2} = \frac{\text{Nº de registros de fibrinólisis realizados por el personal médico del 061}}{\text{Nº de códigos 410. (CIE-9 M.C)<sup>a</sup> registrados en el programa SENECA<sup>b</sup>}}$$

$$\text{Indicador3} = \frac{\text{ICP rescate iniciales} - \text{ICP rescate por isquemia persistente}}{\text{Nº total de ICP de rescate iniciales}}$$

Indicador 1: Compararemos 2006, 2007, 2008 con 2010, que ya se habrá redifundido la guía.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

Indicador 2: Compararemos 2008 con 2010, una vez que se haya difundido la nueva guía.

Indicador 3: Compararemos el número de eventos cardiovasculares graves producidos tras un tratamiento revascularizador de rescate, acaecidos en 2008, con los eventos producidos tras la implantación de las nuevas modificaciones (año 2010).

<sup>a</sup> Clasificación Internacional de enfermedades, 9ª modificación clínica.

<sup>b</sup> SÉNECA =

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

La revisión de la guía y la implantación de las nuevas recomendaciones durará todo el 2009.

Tras implantar la nueva guía se recogerán datos durante un año completo (2010), y se valorarán los indicadores.

#### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u>       |
|---|--------------------|
| <i>Difusión de la guía en sesiones docentes en la sede del 061. Diez charlas de 2 horas cada una.</i>   | <i>2.000 euros</i> |
| <i>Impresora para transcribir a papel las nuevas recomendaciones, difundirlas a todas las bases y dar apuntes para las sesiones. Material didáctico, programas informáticos estadísticos y material de oficina.</i> | <i>1.000 euros</i> |
| <i>Inscripción al congreso de SEMES dos personas.</i>   | <i>750 euros</i>   |
| <i>Realización de posters para difusión del programa a las bases del 061 y Centros de Salud.</i>  | <i>1.000 euros</i> |
|   |                    |
| <b>TOTAL</b>  | <b>4.750 euros</b> |

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

|   |
|---|
| <b>1.- TÍTULO</b><br><b>“PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS EN ARAGON. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO”</b> |
|---|

|  |
|--|
| <b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b><br>Nombre y apellidos<br><b>ANTONIO REQUENA LÓPEZ</b>  |
| Profesión<br><b>MÉDICO DE EMERGENCIAS</b>  |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)<br><b>061 ARAGON (UNIDAD MEDICALIZADA DE EMERGENCIAS, HUESCA)</b>                            |
| Sector de SALUD:<br>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. |
| Correo electrónico:<br><b>AREQUENAL@telefonica.net</b>   |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo:<br><b>974.242504</b>   |

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| <b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b> |               |   |
| Nombre y apellidos                                | Profesión     | Centro de trabajo                                   |
| <b>JAVIER ARRANZ SANJUAN</b>                      | <b>DUE</b>    | <b>061 ARAGON (UVI Huesca)</b>                      |
| <b>RAFAEL CASTRO SALANOVA</b>                     | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGON (UVI Alcañiz)</b>                     |
| <b>JOSE ANTONIO GALLEGO CATALAN</b>               | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGON (UVI Barbastro-Monzón)</b>            |
| <b>GRACIA GARCÍA BESCOS</b>                       | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGÓN (Directora Médica)</b>                |
| <b>PASCUALA GARCES BAQUERO</b>                    | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGON (UVI Calatayud)</b>                   |
| <b>Mª ROSARIO LOPEZ GARCÍA</b>                    | <b>DUE</b>    | <b>061 ARAGON (UVI Calatayud)</b>                   |
| <b>JAVIER ORTE GUERRERO</b>                       | <b>MEDICO</b> | <b>AMBUIBERICA (UVI Zaragoza)</b>                   |
| <b>LOURDES PALACIOS NEGUERUELA</b>                | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGON (UVI Teruel)</b>                      |
| <b>MARIO J. PINTOS PINTOS</b>                     | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGON (Centro Coordinador de Urgencias)</b> |
| <b>JOSE Mª PORQUET GRACIA</b>                     | <b>MEDICO</b> | <b>AMBUIBERICA (UVI Zaragoza)</b>                   |
| <b>SARA RUIZ CARVAJAL</b>                         | <b>DUE</b>    | <b>AMBUIBERICA (UVI Zaragoza)</b>                   |
| <b>PEDRO SATÚSTEGUI DORDA</b>                     | <b>DUE</b>    | <b>061 ARAGON (UVI Barbastro-Monzón)</b>            |
| <b>ANA Mª SEGURA LARA</b>                         | <b>DUE</b>    | <b>061 ARAGON (UVI Teruel)</b>                      |
| <b>FERMIN SUBERVIOLA GONZALEZ</b>                 | <b>MEDICO</b> | <b>061 ARAGON (UVI Alcañiz)</b>                     |

UVI: Unidad Móvil de Vigilancia Intensiva

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El transporte interhospitalario (TIH) o transporte secundario, es el que se realiza desde un hospital o centro sanitario hasta otro, habitualmente para proporcionar a los pacientes un mayor nivel de servicios que en el hospital remitente, ya sea en medios terapéuticos o diagnósticos. En los últimos años se han desarrollado de manera extraordinaria todas las formas de TIH, tanto en medio terrestre como aéreo o marítimo. La regionalización de la asistencia, la disponibilidad de determinados servicios especializados, entre ellos cuidados intensivos, o factores geográficos como dispersión de la población, han determinado la necesidad de contar con equipos o sistemas de transporte interhospitalarios que permitan trasladar a pacientes en estado crítico con las mayores garantías posibles de seguridad.

Desde Febrero del 2007, el 061-Aragón asume los traslados interhospitalarios en Unidades Móviles de Vigilancia Intensiva (UVIs) de manera compartida con una empresa de transporte sanitario contratada que, hasta la fecha, venía realizando este tipo de traslados mayoritariamente.

A diferencia de otras comunidades autónomas donde esta modalidad de transporte de pacientes posee protocolos específicos, en Aragón no existe un documento que regule este servicio. Por ello, y aprovechando la adquisición de estas competencias por el personal sanitario del 061-Aragón, junto con la experiencia del personal sanitario que venía realizando esta actividad, se pensó en elaborar un proyecto con el objeto de mejorar la calidad asistencial de los TIH en Aragón.

En Septiembre de 2007 se creó un grupo de trabajo sobre TIH en el 061-Aragón formado por representantes médicos y DUEs de las unidades que participan en este servicio, incluyéndose personal sanitario de la empresa de transporte Ambuibérica y de los helicópteros de Emergencia del SOS 112 Aragón, con el fin de mejorar la calidad asistencial en este tipo de traslados. Esta iniciativa se consolidó con la aceptación de un proyecto de mejora en la calidad asistencial de los TIH en Aragón, presentado en la convocatoria del 2008 del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

Así, este proyecto es continuación del presentado en la convocatoria anterior. Como se describe con detalle en el siguiente apartado, las dificultades encontradas en las actividades programadas inicialmente hacen necesario continuar en esta línea de trabajo para finalizar el objetivo inicial del mismo: la elaboración de un protocolo sobre TIH, que mejore la calidad de los cuidados y asegure una continuidad asistencial en los pacientes derivados, por diferentes motivos, a otros centros hospitalarios, en nuestra comunidad o fuera de ella.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Desde Febrero del 2007, el 061-Aragón asume los traslados interhospitalarios en Unidades Móviles medicalizadas de Vigilancia Intensiva (UVIs) de manera compartida con una empresa de transporte sanitario, Ambuibérica que, hasta la fecha, venía realizando este tipo de traslados mayoritariamente. Los cambios producidos a raíz de asumir estas competencias se dan en las unidades localizadas en poblaciones con centros hospitalarios de referencia, a excepción de Zaragoza-ciudad, donde este recurso es presencial los días laborables de 09:00 a 21:00 horas, y localizado, con tiempo de respuesta de 15 minutos, el resto de horas de los días laborables y las 24 horas de festivos. El periodo de tiempo presencial es cubierto por personal sanitario del 061-Aragón y el resto por profesionales sanitarios de la empresa de transporte. Los TIH en Zaragoza-ciudad se mantienen sin cambios, donde este recurso es presencial las 24 horas todos los días del año por personal de Ambuibérica.

**5.1. PARTICIPANTES EN EL PROYECTO.**

Desde la puesta en marcha del proyecto de mejora se han producido algunas bajas por motivos personales y nuevas incorporaciones, siempre con el objetivo, en la medida que ha sido posible, de que estuvieran representadas por un médico y un DUE todas las unidades, tanto terrestres como aéreas, así como que hubiera participación de los profesionales sanitarios de la empresa de transporte.

## 5.2. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A continuación se especifican las actividades realizadas por el grupo de trabajo durante el ejercicio del 2008.

### 5.2.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

En primer lugar, para tener una visión real de la demanda de TIH en UVIs móviles en nuestra comunidad se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de los TIH realizados en los 6 primeros meses tras asumir el 061-Aragón este servicio de manera compartida, como se ha descrito anteriormente. Las unidades participantes fueron las localizadas en: Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Jaca, Teruel y Zaragoza, y los Helicópteros de emergencias del SOS Aragón-112 de Zaragoza y Teruel. Durante este tiempo se realizaron un total de 1.795 TIH en Aragón. Se incluyeron la totalidad de los TIH de las unidades participantes excepto de las UVIs de Zaragoza-ciudad, ya que son los que más TIH realizan, tomando una muestra representativa por muestreo aleatorio simple; finalmente el número de TIH fue de 1.406. La información recogida de los informes clínicos asistenciales médicos y de enfermería hace referencia a los servicios y centros hospitalarios emisores y receptores, motivos del traslado, distribución en el tiempo, situación inicial del paciente, evolución y transferencia.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, ha habido pérdida de información al no estar protocolizado el registro de datos que consideramos importantes para la realización del trabajo, y que tuvieron que ser consensuados en reuniones de equipo. Por otra parte, ha habido dificultades técnicas que han retrasado los plazos asignados para esta fase según cronograma.

Los resultados más importantes del estudio descriptivo se muestran en el **Anexo I**.

Este trabajo permite dibujar un mapa de los TIH en Aragón, y establecer los puntos de origen y destino más frecuentes en nuestra comunidad autónoma que son, en definitiva, los puntos de encuentro con los profesionales sanitarios que realizan los TIH (urgencias, cuidados intensivos, hemodinámica y cardiología). La creación de canales de comunicación entre los eslabones de esta cadena asistencial puede considerarse un elemento clave para consensuar criterios y optimizar recursos, asegurando una continuidad de cuidados de calidad en los pacientes que, por diferentes motivos, tienen que desplazarse a otro centro hospitalario.

### 5.2.2. ENCUESTA DE OPINIÓN.

En una segunda fase, una vez analizada la situación de los TIH en Aragón e identificados los servicios que más solicitan y reciben estos traslados, se decidió conocer cuál era la opinión que tenían los profesionales sanitarios sobre la gestión y realización de los TIH, previo a la realización de un protocolo específico para ello.

Se elaboró una encuesta anónima y autocumplimentada, construida *ad hoc*, según la bibliografía consultada y por consenso, que evaluaba, en 11 preguntas con respuestas en escala tipo Likert, aspectos sobre la gestión de los TIH, transferencia del paciente, recursos materiales y humanos disponibles, dejando un apartado abierto para aportar sugerencias. También se recogieron la categoría profesional, el servicio y centro de trabajo. En Junio de 2008, esta encuesta se distribuyó a 10 médicos y 10 DUEs de los servicios hospitalarios identificados en el estudio descriptivo y de las UVIs móviles que realizan los TIH. En total se remitieron 894 encuestas: 760 (85%) a servicios hospitalarios (38 servicios de 13 centros hospitalarios – **Figura 1**) y 134 (15%) a servicios extrahospitalarios (9 UVIs).



calidad en la cumplimentación de los informes clínicos y de enfermería de los TIH previo a la elaboración e implantación de un protocolo específico para dichos traslados. Estos indicadores incluían el registro completo de las constantes a la salida del hospital emisor y a la llegada al hospital receptor, y el registro completo de los tiempos de realización del servicio.

- De los 1406 TIH realizados, en el 35,8% (n: 504) constaban las constantes del paciente a la salida del hospital emisor, y en el 25,1% (n: 353) se registraron las constantes a la llegada al hospital receptor.
- El registro completo de las horas del servicio aparece registrado en el 72,5% (n: 1020).

En general, el grado de cumplimentación es bajo, fundamentalmente los relacionados con la toma de constantes al inicio y al final del traslado. Así, estos valores servirán como control cuando, tras la elaboración del protocolo y su puesta en marcha, sea evaluado de nuevo comparando los resultados obtenidos.

Así mismo, en el proyecto inicial se incluyeron indicadores relacionados con la transferencia del paciente. Dado que estos indicadores hacen referencia a la evaluación de la implantación del protocolo quedan pendientes para incluirlos en la continuación del proyecto.

#### **5.4. ASPECTOS PENDIENTES.**

Durante el 2008 se han producido diferentes acontecimientos que han retrasado el curso normal del proyecto: dificultades técnicas con la base de datos, recogida de las encuestas de opinión, reuniones en los centros hospitalarios, etc.

Esto refleja la complejidad del proyecto al implicar a los diferentes servicios extrahospitalarios y cubrir los centros hospitalarios más importantes de nuestra comunidad autónoma.

En el momento actual, quedan pendientes para la finalización del proyecto los siguientes aspectos:

- **Sesiones informativas**
  - o H. Ernest Lluch, Calatayud (25/02/09)
  - o Alcañiz, por determinar;
  - o Personal sanitario de 061, Ambuibérica, y Helicópteros de Emergencia del SOS 112 Aragón, por concretar.
- **Elaboración del protocolo**, con evaluación por revisores externos, que incluye entre otros puntos:
  - o Gestión de la solicitud de TIH por parte del Centro Coordinador de Urgencias del 061-Aragón.
  - o Elaboración de hoja clínica y de enfermería específicas para TIH.
  - o Protocolo de transferencia con servicios hospitalarios.
  - o Documentación clínica
  - o Consentimiento informado.
  - o Mapa de recursos.
- **Difusión del protocolo** entre personal sanitario de TIH y servicios hospitalarios.
- **Puesta en marcha** del protocolo.
- **Evaluación** a los 6 meses, repitiendo la encuesta de opinión y comparando los resultados con los iniciales.

#### **5.5. RECURSOS UTILIZADOS.**

Inicialmente, la previsión de recursos se solicitó para presentar los resultados en el congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) del 2009, pues para el congreso del 2008 no se había recogido información suficiente.

Sin embargo, fue necesaria la preparación de los resultados del estudio descriptivo y la encuesta de opinión para su difusión en los diferentes centros hospitalarios de Aragón, redirigiendo la partida presupuestaria para este fin.

Así mismo, también se empleó el material de copistería para las encuestas de opinión.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

En nuestra opinión, el trabajo realizado durante el 2008 ha mejorado la comunicación con los servicios hospitalarios implicados. Creemos que existe un mayor conocimiento por los profesionales que solicitan este tipo de traslados del funcionamiento del servicio, sus características y el equipamiento material y humano del que está dotado; sin embargo, hay que continuar en esta línea para generalizar esta información.

Debemos continuar en el empeño de mejorar el proceso asistencial que determina la atención recibida por los pacientes: transferencias en el hospital emisor y receptor, garantizando una continuidad de la asistencia; optimización de recursos, sobretudo en hospitales más alejados de los centros sanitarios de referencia; informes clínicos y hojas de registro de enfermería adaptadas a este tipo de servicio; consensuar la documentación clínica que ha de acompañar al paciente; e incluir en la documentación específica el consentimiento informado del paciente y/o familiares, como recomiendan las guías y protocolos sobre el tema.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La elaboración de este proyecto se basa en el modelo de Deming. Durante el año 2008 se ha analizado la situación de los TIH en Aragón, e identificados los problemas según una encuesta de opinión y las reuniones informativas celebradas, sobre todo los que afectan al ámbito extrahospitalario pero también de los servicios hospitalarios que más solicitan estos traslados. En la elaboración del protocolo se trabajará para incluir, en la medida de lo posible, los cambios y las acciones de mejora expresados en dichas encuestas.

Como ya se ha hecho mención en otros apartados, hay aspectos que son exclusivos de los servicios extrahospitalarios, otros son propios de los hospitalarios y otros en los que depende de ambos.

Así, dentro del protocolo, las medidas previstas para y los responsables serían los siguientes:

- **Procedimiento de gestión de los TIH desde el Centro Coordinador de Urgencias.** Es necesario modificar la recogida de información cuando se solicita un TIH, mejorar la coordinación a la hora de traslados programados, registro de horas y codificación diagnóstica. (*Médico Regulador del Centro Coordinador de Urgencias y resto de médicos y DUEs del grupo de trabajo*).
- **Elaboración de los modelos de informes clínicos y de enfermería específicos para TIH** (*Médicos y DUEs del grupo de trabajo*).
- **Transferencia y documentación clínica** (*Médicos y DUEs del grupo de trabajo*).
- **Elaboración de un modelo de consentimiento informado** (*Médicos y DUEs del grupo de trabajo*).

Creemos que el establecer los criterios de traslado es una medida exclusiva de los servicios hospitalarios, si bien los criterios para establecer el tipo de recurso para realizar ese TIH es una tarea conjunta. De igual forma, el procedimiento para realizar la transferencia con los servicios emisor y receptor también requiere de un consenso con el personal hospitalario. Para ello, una medida sería establecer reuniones con representantes de los servicios más directamente implicados (en las sesiones informativas que se están celebrando en los hospitales se está invitando a participar a los asistentes para ello).

Por último, este protocolo será revisado por profesionales hospitalarios, previo a su difusión en los servicios, y tras 6 meses de su puesta en marcha se evaluará su funcionamiento y la satisfacción del personal implicado.

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | <i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i> |
|-------|---|

La evaluación del proyecto se realizará al finalizar el periodo de aplicación establecido (6 meses).

Por una parte, valorar los cambios en el grado de satisfacción del servicio por los profesionales implicados (personal sanitario del 061-Aragón que trabaja en estas unidades y personal hospitalario) mediante el mismo cuestionario entregado antes de la elaboración del protocolo.

Como indicadores específicos se analizarán entre otros:

- **Relacionados con el personal sanitario de la UVI móvil:** registro de la totalidad de las horas del servicio (hora de activación, hora de salida al hospital emisor, hora de llegada al hospital emisor, hora de salida del hospital emisor, hora de llegada al hospital receptor, hora de disponibilidad tras el servicio), registro, como mínimo, de las constantes vitales al inicio y al final del servicio.
- **Relacionados con la transferencia del paciente:** registrar qué personal realiza la transferencia al equipo de la UVI móvil, si se entrega con el paciente la documentación clínica completa, si se entrega una copia para el médico de la UVI móvil y si se ha cumplimentado el consentimiento informado. Por último, si está reflejado en la documentación clínica, la identificación del médico emisor y del médico receptor y servicio a donde se remite al paciente.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**  
Indicar el calendario de las actividades previstas  
Ver cronograma adjunto en el *anexo 3*.

|       |  |
|-------|--|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009) |
|-------|--|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>  |              |
|---|--------------|
| La previsión de recursos para este año irá dirigida a la difusión de los resultados en jornadas científicas tanto regionales como nacionales.   |              |
| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u> |
| Material de copistería<br>(Encuesta de satisfacción tras puesta en marcha del protocolo)  | 500          |
|   |              |
|   |              |
| Inscripción y alojamiento para el congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) de Junio 2009. Presentación de los resultados generales del estudio descriptivo y encuesta de opinión.     | 1.200        |
| Inscripción para la XVI Reunión científica de la Sociedad Aragonesa de Cardiología (15-16 Mayo de 2009. Hospital de la defensa, Zaragoza).<br>Presentación de los resultados sobre TIH de pacientes cardiopatas           | 300          |
| Inscripción para el 58º Congreso Asociación Española de Pediatría. Zaragoza (4-6 junio 2009).<br>Presentación de los resultados sobre TIH de pacientes pediátricos  | 500          |
| Inscripción y alojamiento para el 27 Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial (20-23 Octubre 2009) Sevilla.<br>Presentación del proyecto y de los resultados de la encuesta de opinión sobre TIH en Aragón | 1.200        |
|   |              |
|   |              |
|   |              |
| <b>TOTAL</b>  | <b>3.700</b> |

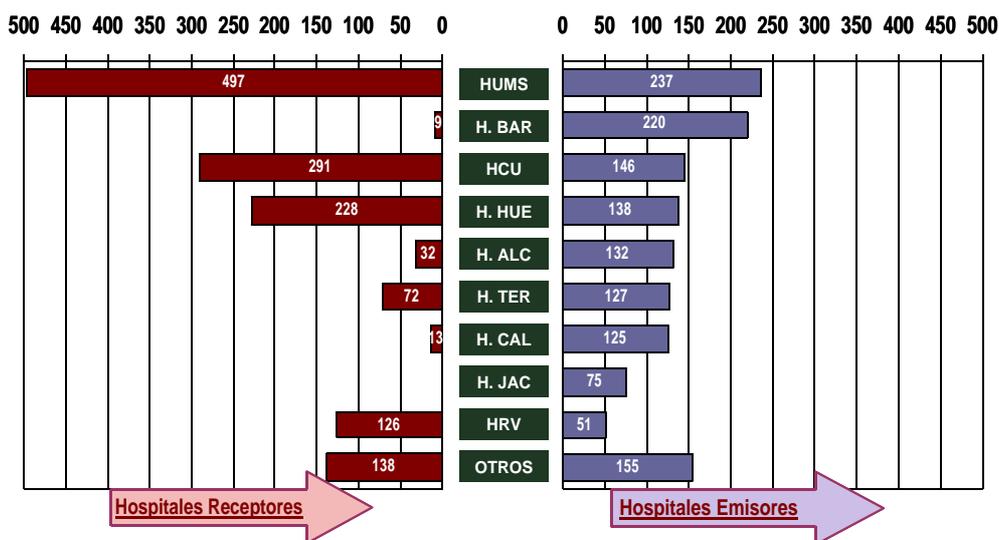
**ANEXO 1. RESULTADOS ESTUDIO DESCRIPTIVO TIH EN ARAGON.**

Según datos de los últimos 3 años, en Aragón se realizan una media de 3.500 TIH por año, lo que supone unos 8 traslados diarios en nuestra comunidad. Para el estudio se recogió información de 1.406 pacientes (78.3%; n: 1.795). La distribución por Unidades se muestra en la **Figura 2**. Un 4.3% de ellos fueron realizados por los Helicópteros de Emergencias – H.TER y H-ZGZ (n: 61).



**Figura 2. TIH en Aragón. Distribución por Unidades Móviles**

La distribución de los TIH tomando los centros hospitalarios como emisores o receptores muestra que todos, en mayor o menor medida, envían y reciben pacientes; es lógico, por otra parte que los hospitales de nivel I (Barbastro, Alcañiz, Calatayud, Jaca), sean principalmente emisores. (**Figura 3**). Por otra parte, los servicios emisores más frecuentes son: Urgencias (47.5%; n: 659), Hemodinámica (14.9%; n: 207) y Cuidados intensivos (7.8%; n: 108). Si consideramos los servicios receptores más frecuentes están: Cuidados Intensivos (27.6%; n: 380); Urgencias (26.2%; n: 361) y Cardiología (16.8%; n: 231).



**Figura 3. TIH en Aragón. Centros Hospitalarios emisores y receptores.**

En la distribución de los TIH según el tiempo se observa que la mayoría de ellos, el 58.9% (n: 801), se realiza en horario laboral “diurno” (de 09:00 a 21:00) (**Figura 4**).

### TIH en Aragón. Distribución en el tiempo

Datos Totales.

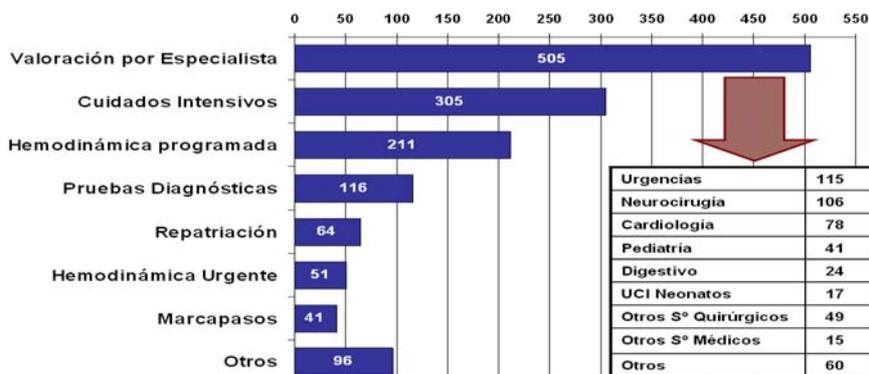
|            |               | 061 | ambuiberica | TIP | TOTAL |
|------------|---------------|-----|-------------|-----|-------|
| LABORABLES | 09:00 - 21:00 | 493 | 263         | 45  | 801   |
|            | 21:00 - 09:00 | --- | 235         | --- | 235   |
| FESTIVOS   | 09:00 - 09:00 | --- | 316         | 15  | 331   |
|            | TOTAL         | 493 | 814         | 60  | 1367* |

\* 39 CASOS "EXCLUIDOS"

Figura 4. TIH en Aragón. Distribución en el tiempo y por recursos.

Los motivos de consulta más frecuente de TIH se muestran en la **Figura 5**, destacando, por orden de frecuencia, la valoración por especialista, el ingreso en cuidados intensivos y la realización de estudio hemodinámico (tanto programado como urgente). Destacar que los servicios encargados de realizar esta valoración son: neurocirugía, cardiología y pediatría como los más frecuentes. Cabe señalar además que, si bien aparece el servicio de urgencias en primer lugar, no es el que, definitivamente asume al paciente; se trata de un estudio retrospectivo con sus limitaciones, y esta información no estaba disponible.

### TIH en Aragón. Motivos de Traslado



N: 1389 (17 casos excluidos)

Figura 5. TIH en Aragón. Motivos de traslado

Hay dos poblaciones que, si bien no son frecuentes en cuanto al número de TIH que originan si suponen unos cuidados e infraestructuras específicas; son las gestantes y los traslados de neonatos.

- **Gestantes:** Se trasladaron 23 gestantes (1.6%), por amenaza de parto (n: 9), parto prematuro (n: 4) y otros procesos, siendo los hospitales receptores el H. Miguel Servet (n: 13), H. Clínico Universitario (n: 7) y H. San Jorge de Huesca (n: 3).
- **Neonatos.** Se trasladaron en el periodo de estudio 35 pacientes en incubadora (2.5%). Los motivos más frecuentes de traslado fueron: distress respiratorio del Recién nacido (n: 16), prematuridad (n: 4) y otros procesos. Los centros hospitalarios receptores fueron, por orden de frecuencia: H. Infantil (n: 26), H. Clínico Universitario (n: 3), Otros centros (n: 7).

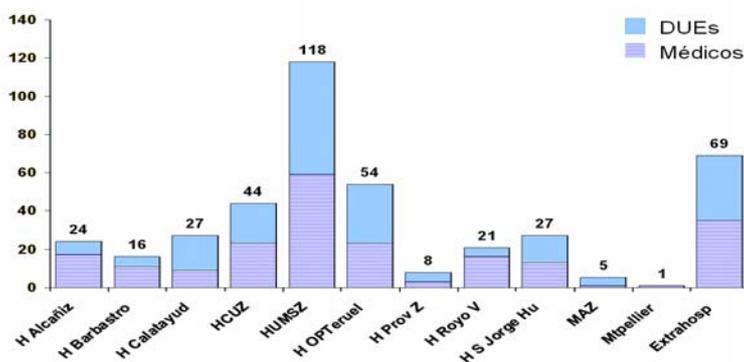
En relación con las características de los pacientes trasladados, destacar aquellos inestables o potencialmente inestables: Pacientes intubados y con ventilación mecánica (9.5%; n: 126), portadores de vía venosa central (6.0%; n: 84), inestabilidad hemodinámica (14.0%; n: 196), marcapasos provisional (1.8%; n: 25), Hipotensión (TA sistólica <90 mmHg) a la recepción (4.7%; n: 55), necesidad de inotropos (4.4%; n: 62).

Por último, comentar que hubo complicaciones durante el traslado en el 15.6% de los TIH (n: 220), siendo las más frecuentes: Hipotensión (n: 18), dolor (n: 12), desaturación (n: 8), arritmias (n: 5) y parada cardio-respiratoria (n: 3). Las medidas aplicadas fueron, por orden de frecuencia: Oxigenoterapia (n: 26), aspiración de secreciones (n: 12), canalización vía venosa (n: 9), intubación orotraqueal (n: 7).

**ANEXO 2. RESULTADOS ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE TIH EN ARAGON.**

De las encuestas distribuidas se recibieron un total de 414 (46,3%), de las cuales 345 correspondieron a servicios hospitalarios (índice de respuesta: 45,4%) y 69 a servicios extrahospitalarios (51,5%).

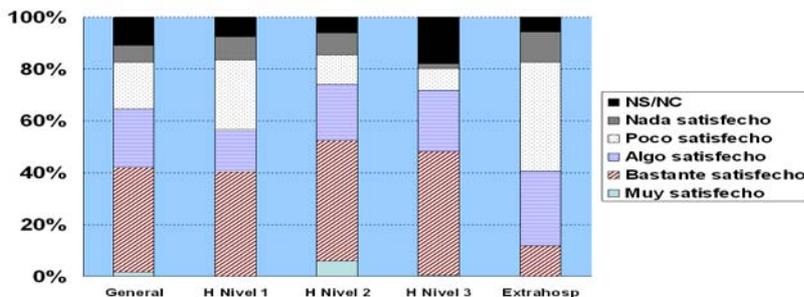
La distribución de respuestas según categoría profesional en los diferentes centros hospitalarios se muestra en la **Figura 6**. Aunque pueden observarse diferencias entre las categorías según los centros hospitalarios, en general la participación fue similar: 211 (47,2%) vs 203 (45,4%), médicos vs DUEs. Destacar el H. Obispo Polanco de Teruel (H. OP.Teruel) como el hospital con mayor número de encuestas respondidas (54/60; 90%).



**Figura 6. Encuesta de opinión TIH en Aragón. Distribución según categoría profesional y servicios participantes.**

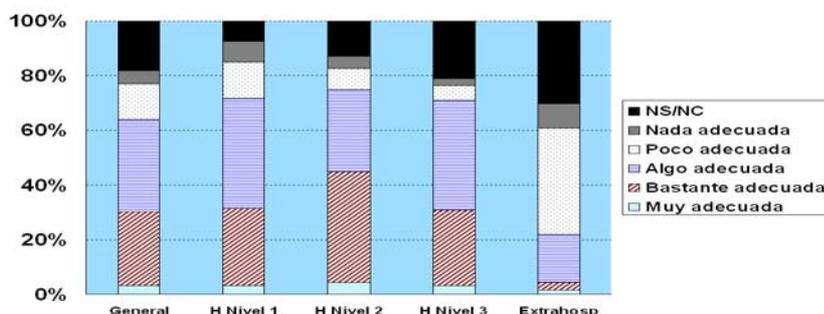
En general, el nivel de opinión que se tiene de los TIH es aceptable, si bien, la encuesta revela puntos de mejora, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

A la pregunta, *¿Está satisfecho con la forma de solicitar un TIH en nuestra Comunidad Autónoma?* (**Figura 7**), las diferencias se encuentran en los hospitales de nivel 1 y en el personal extrahospitalario. Los primeros, sugieren que el 061 (el Centro regulador) sea quien gestione las camas de Cuidados Intensivos para disminuir tiempos; desde el ámbito extrahospitalario se reclama mejorar los criterios de traslado para optimizar recursos, y ambos coinciden en que es necesario mejorar las comunicaciones entre las diferentes partes asistenciales.



Cuando se pregunta sobre la información que se solicita al 061, cuando se demanda un TIH, destacar la baja forma de solicitar un TIH en hospitalario, se sugiere mejorar la información que actualmente se solicita desde el Centro Coordinador, así como mejorar la transmisión de la misma al equipo sanitario encargado de realizar el servicio. (**Figura 8**).

**La información que solicita el 061 cuando usted demanda un TIH, la considera ...**

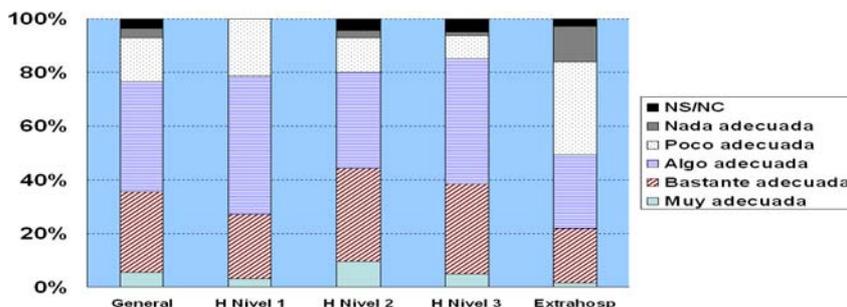


**Figura 8. Encuesta de opinión sobre TIH en Aragón. “La información que solicita el 061 cuando usted demanda un TIH, la considera...”**

Cuando se pregunta sobre la *transferencia del paciente*, sugieren mejorar la transmisión de la información entre los profesionales; esta opinión es más sentida entre el personal extrahospitalario. (Figura 9).

Por

**¿Considera que es adecuada, en general, la forma en que se realiza la transferencia del paciente en su servicio?**



**Figura 9. Encuesta de opinión sobre TIH en Aragón. “¿Considera que es adecuada, en general, la forma en que se realiza la transferencia del paciente en su servicio?”**

último, cabe señalar la *opinión sobre los recursos materiales y humanos con los que cuenta Aragón para los TIH* (Figura 10). Según las encuestas, esta opinión es similar entre los participantes; entre las sugerencias incluyen optimizar los recursos existentes (ambulancias de traslado de pacientes psiquiátricos), la creación de un recursos intermedios (Ambulancias tipo Soporte Vital Básico con personal de enfermería), mayor especialización para el traslado de pacientes pediátricos, etc.

**Los recursos materiales y humanos con los que cuenta en Aragón para el TIH de pacientes, los considera ...**

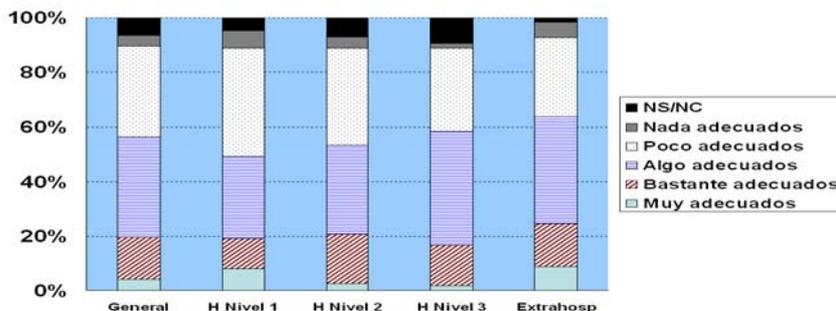


Figura 10. Encuesta de opinión sobre TIH en Aragón. “Los recursos materiales y humanos con los que cuenta en Aragón para el TIH de pacientes, los considera...”

**ANEXO 3. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.**

|      |      |  |  |  |  |  |
|------|------|--|--|--|--|--|
| 2010 | ENE  |  |  |  |  |  |
|      | DIC  |  |  |  |  |  |
| 2009 | NOV  |  |  |  |  |  |
|      | OCT  |  |  |  |  |  |
|      | SEPT |  |  |  |  |  |
|      | AGO  |  |  |  |  |  |
|      | JUL  |  |  |  |  |  |
|      | JUN  |  |  |  |  |  |
|      | MAY  |  |  |  |  |  |
|      | ABR  |  |  |  |  |  |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA EN CENTROS ESCOLARES.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

BLANCA PALOU PAPASEIT

Profesión

MÉDICO URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

UME-2 GERENCIA 061-ARAGON

Correo electrónico:

blanca.palou.papaseit@gmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976.715.703

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos        | Profesión | Centro de trabajo |
|---------------------------|-----------|-------------------|
| INMACULADA MOLINA ESTRADA | MÉDICO    | UME-FRAGA         |
| BELÉN CORTÉS GABARRE      | MEDICO    | UME-FRAGA         |
| ANA CERDAN SANZ           | DUE       | UME-FRAGA         |
| ANA CASANOVA ROYO         | DUE       | UME-FRAGA         |
|                           |           |                   |
|                           |           |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Numerosos estudios muestran la mortalidad originada por situaciones de emergencia como PCR, obstrucción de vía aérea, etc... Esta cifra puede disminuir si se realizan una serie de acciones, todas ellas importantes, que configuran la denominada "Cadena de Supervivencia". Para el adecuado funcionamiento de la misma, es necesario que se impliquen en ella todos los sectores de la sociedad, conociendo la secuencia de activación así como las maniobras básicas a desarrollar hasta la llegada de los servicios de emergencias.

Nuestra experiencia "in situ" en centros escolares (donde lo apreciado hasta el momento nos hace sentir muy pesimistas por la gran carencia detectada en nociones básicas y primordiales respecto a cuándo y cómo aplicar maniobras de SVB), nos hace considerar prioritario proporcionar a los docentes el conocimiento de las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB), ya que ante cualquier situación de emergencia que las

requiera, su correcta aplicación generará un beneficio indiscutible mejorando el pronóstico de supervivencia.

Es muy importante y recomendable que la población en general, estén concienciados de la magnitud del problema y a su vez entrenados para poder ofrecer un tratamiento inicial eficaz por si desgraciadamente ocurre.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Dotar al profesorado de los conocimientos y habilidades necesarias para actuar ante situaciones de emergencia.

1-.capacitándoles para la identificación de una pérdida de conciencia, una ausencia de respiración, una parada cardiorespiratoria y una obstrucción de la vía aérea superior.correcta,

2-. Capacitándoles para aplicar las técnicas y habilidades necesarias para el tratamiento de la PCR y resto de primeros auxilios.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se impartirá un curso teórico-práctico de SVB. La duración será de 6 horas con un amplio dominio del componente práctico. La relación profesor/alumno en las clases prácticas no superará la de 1/8.

a-.Contenido teórico:

- 1-Concepto de SVB y situaciones que lo van a requerir.
- 2-SVB en OVA.
- 3-SVB en pacientes inconscientes.
- 4-PCR. Secuencia de actuación.
- 5-Manejo del DESA.

b-. Desarrollo de las prácticas: dotación de todo el material necesario para la práctica de cada supuesto teórico.

c-. Evaluación teórico-práctica inicial y al final.

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

##### **INDICADORES:**

- 1-. % de profesores que superen el curso tras alcanzar en la puntuación final  $\geq 7$ .
- 2-. % de situaciones resueltas en los 2 años siguientes al curso( hasta 2011) Serán si-

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</b> |
|-------|---|

|  |
|--|
| <p>tuaciones resueltas las que tras el suceso, la valoración de la cadena de supervivencia haya sido aplicada correctamente.</p> <p>3-. % de situaciones no resueltas que podrían haber sido manejadas correctamente en los 2 años siguientes al curso( hasta 2011) Serán situaciones no resueltas las que tras el suceso, la valoración de la cadena de supervivencia no se haya aplicado correctamente.</p> <p>4-. % de docentes satisfechos con la docencia impartida.</p> <p>Para proceder a la <b>EVALUACIÓN</b> de los casos, se elaborará un REGISTRO donde figurará nombre del docente responsable que se ha hecho cargo, signos y síntomas del paciente, situación urgente-emergente que requiera la aplicación de técnicas de SVB, técnicas aplicadas.</p> |
|--|

|  |
|--|
| <p><b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b></p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elección de los centros en los que se impartirá el curso (marzo-09) con aceptación por parte de los docentes implicados.</li> <li>- Desarrollo del curso en mayo-09.</li> <li>- Evaluación de resultados en junio-011.</li> </ul> |

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</b> |
|-------|---|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>                     |              |
|--|--------------|
| <i>Material/Servicios</i>                            | <i>Euros</i> |
| PROFESIONALES DOCENTES                               | 800 EUROS    |
| MEMORIA USB (como soporte informático para docentes) | 60 EUROS     |
| CD CON CONTENIDOS DEL CURSO PARA LOS ALUMNOS         | 60 EUROS     |
|  |              |
|  |              |
|  |              |
| TOTAL  | 920 EUROS    |

Lugar y fecha:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

## MEJORA DE LA ASISTENCIA INICIAL DEL ACCIDENTADO EN ZONAS DE MONTAÑA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

IÑIGO SOTERAS MARTÍNEZ

Profesión

MEDICO EMERGENCIAS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

UME SABIÑANIGO

Sector de SALUD:

HUESCA

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

061 ARAGON

Correo electrónico:

inigosoteras@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos    | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------|-----------|-------------------|
| 1 Iñigo Soteras       | Médico    | UME Sabiñanigo    |
| 2 Gema Urzola         | Enfermera | UME Sabiñanigo    |
| 3 Marta García Luengo | Médico    | UME Sabiñanigo    |
|                       |           |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En la reunión de equipo mensual. Planteamos la posibilidad de realizar una acción de mejora en la UME de Sabiñanigo que repercutiese en nuestra comunidad.

La idea surgió por observación directa.. Ya que veníamos observando déficits en la "atención al traumatizado" necesaria para el correcto tratamiento "INTEGRAL" de este tipo de víctimas. No veíamos adecuada atención previa, de la población, atención primaria, primeros respondedores (policía local y bomberos), a nuestra llegada. Esta atención al traumatizado inmediata en lugares donde los equipos de

emergencia pueden tardar unos minutos más que en áreas urbanas, frecuentemente la realizan viandantes y primeros respondedores. Además hay que tener en cuenta la presencia del factor ambiental (frío, lluvia, calor) que perjudica y empeora el pronóstico de estas víctimas. Este problema nos pareció importante por el número de casos registrados por traumatismos en nuestra zona de influencia.

Realizamos una búsqueda bibliográfica para ver la situación actual y definir conceptos básicos.

Se aprecia en la literatura científica una concordancia con nuestra observación, además de una relación inversa entre la gravedad del traumatizado y las medidas realizadas por los NO-sanitarios antes de la llegada de las unidades de emergencia.<sup>1</sup> Cuanto más graves están menos atención se les presta a estas víctimas por la población general.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Conocimiento de la situación actual y concreta en nuestra área de trabajo sobre la atención previa a nuestra llegada a las víctimas por traumatismos.
2. Mejora de la atención a la víctima traumatizada antes de la llegada de los equipos de emergencia.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Registro retrospectivo de la situación actual del tratamiento a las víctimas por traumatismo previa la llegada de los equipos de emergencias médicas. (Dr. Iñigo Soterias, Gema Urzola)
2. Curso de atención inicial a las víctimas por traumatismos para primeros respondedores (policía, bomberos, guardia civil... y montañeros. (Iñigo Soterias, Marta García, Gema Urzola)

#### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

##### **SEGUIMIENTO:**

1. Conclusión y finalización del estudio retrospectivo.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

2. Asistencia a los cursos de 45 personas (policía, bomberos, guardia civil... y montañeros) en tres ediciones.

### 3. EVALUACIÓN

4. Mejora del 20 % de estos indicadores tras la realización de cursos:
- “correctas indicaciones para la localización del lugar”,
  - “correcta señalación”,
  - “consciente de los peligros del lugar del accidente”,
  - “posicionamiento del paciente traumático”,
  - “control de hemorragia”,
  - “protección térmica”.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- **Marzo, Abril, Mayo** realización de cursos de 15 personas cada uno.
- **Junio** finalización y obtención de los resultados del estudio retrospectivo de la situación actual y concreta de nuestra área sobre la atención previa a nuestra llegada de las víctimas por traumatismos
- **Diciembre** obtención de los resultados de la situación tras la resolución de los cursos

### 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u>         | <u>Euros</u> |
|-----------------------------------|--------------|
| Gastos de gasolina y dietas.      | 450          |
| Material fungible                 | 250          |
| Difusión de resultados (Congreso) | 550          |
|                                   |              |
|                                   |              |
| <b>TOTAL</b>                      |              |
|                                   | 1250         |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

“ INCREMENTO DEL CONOCIMIENTO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS 061 ARAGÓN EN NUESTRA COMARCA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MARCELO VIDAL PÉREZ

Profesión

MEDICO

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

UVI MOVIL 061 ARAGON EN TARAZONA

Sector de SALUD:

061 ARAGON

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

UME TARAZONA

Correo electrónico:

coordumetarazona@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-642155

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos            | Profesión | Centro de trabajo |
|-------------------------------|-----------|-------------------|
| 1 MIGUEL REYES AGUADO         | MÉDICO    | UME TARAZONA      |
| 2 JOSE CARLOS CARDIEL GALINDO | MÉDICO    | UME TARAZONA      |
| 3 ANA RECAJ IBAÑEZ            | MÉDICO    | UME TARAZONA      |
| 4 CRISTINA LORÉN PÉREZ        | MÉDICO    | UME TARAZONA      |
| 5 REYES BERNAL IDOIBE         | D.U.E.    | UME TARAZONA      |
| 6 PILAR LOPEZ CUARTERO        | D.U.E.    | UME TARAZONA      |
| 7 ESTHER FAJARDO TRASOBARES   | D.U.E.    | UME TARAZONA      |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

MEJORAR EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE LA COMARCA DE CÓMO Y CUANDO USAR EL 061 ARAGON (CUANDO DEBEMOS MOVILIZARLOS, DONDE NOS ENCONTRAMOS, QUIENES Y CUANTOS SOMOS, CENTRO COORDINADOR...). ADEMÁS COMPLEMENTAR ESTAS INFORMACIONES CON UNA FORMACIÓN BÁSICA TEÓRICA Y PRÁCTICA EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y EMERGENCIAS VITALES.

PARTÍAMOS CON UN CONOCIMIENTO DE NUESTRO SERVICIO DEL 39% .

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

HEMOS REALIZADO CHARLAS INFORMATIVAS Y FORMATIVAS EN 12 PUEBLOS DE LA COMARCA TARAZONA-BORJA-MONCAYO (Tarazona, El Buste, Borja, Ainzón, Malón, Fuendejalón, Trasmoz, Ambel, Talamantes, Maleján, Novallas y Bisimbre). LAS CHARLAS SE HAN REALIZADO CON EQUIPO MÉDICO Y ENFERMERO, REALIZANDO PRÁCTICAS CON MANIQUÍES DE REANIMACIÓN.

EN LOS PUEBLOS EN QUE HEMOS REALIZADO LAS CHARLAS, PASAMOS UNA ENCUESTA TELEFÓNICA A FINAL DE DICIEMBRE Y EL 82% DE LOS ENCUESTADOS CONOCÍAN Y SABÍAN ALERTAR AL 061 ARAGON.

NOS QUEDA ESTE AÑO REALIZAR CHARLAS EN 18 PUEBLOS CON LA MISMA METODOLOGÍA EMPLEADA ESTE AÑO ANTERIOR.

AL FINAL DEL AÑO 2009 SE PASARÁN UNAS ENCUESTAS ESCRITAS QUE SE REPARTIRÁN EN LOS DIFERENTES CONSULTORIOS MUNICIPALES Y CENTROS DE SALUD PARA VALORAR LA MEJORA DE NUESTRAS CHARLAS HAYAN PODIDO FAVORECER EN EL CONOCIMIENTO DE NUESTRO SERVICIO.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

QUE ENTRE EL 80-90% DE LA POBLACIÓN DE TODOS LOS MUNICIPIOS DE LA COMARCA TARAZONA-BORJA-MONCAYO CONOZCAN NUESTRO SERVICIO, SABRIENDO CUANDO Y COMO DEBEN ALERTARNOS.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

CADA MÉDICO ACOMPAÑADO DE ENFERMERA REALIZARÁ LA CHARLA INFORMATIVA Y FORMATIVA EN:

- Cristina Lorén y Reyes Bernal : Pozuelo, Sta. Cruz de la Virgen del Moncayo y Grisel.
- José Carlos Cardiel y Pilar López: Alberite, Tabuenca, Alcalá del Moncayo.
- Miguel Reyes y Reyes Bernal: Los Fallos, Magallón, Bureta y Albeta.
- Ana Recaj y Esther Fajardo: Litago, San Martín del Moncayo, Vera del Moncayo y Agón.
- Marcelo Vidal y Pilar López: Torrellas, Lituénigo, Añón y Bulbunte

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

AL FINAL DEL AÑO 2009 SE PASARÁN UNAS ENCUESTAS ESCRITAS QUE SE REPARTIRÁN EN LOS DIFERENTES CONSULTORIOS MUNICIPALES Y CENTROS DE SALUD PARA VALORAR LA MEJORA DE NUESTRAS CHARLAS HAYAN PODIDO FAVORECER EN EL CONOCIMIENTO DE NUESTRO SERVICIO.

INDICADORES:

- QUE ENTRE EL 80-90% DE LA POBLACIÓN DE TODOS LOS MUNICIPIOS DE LA COMARCA TARAZONA-BORJA-MONCAYO CONOZCAN NUESTRO SERVICIO, SABRIENDO CUANDO Y COMO DEBEN ALERTARNOS.
- QUE EL 50% RECUERDE LAS PAUTAS ANTE UNA PERSONA INCONSCIENTE

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

LAS CHARLAS SE DISPONEN A LO LARGO DEL AÑO, PONIÉNDOSE DE ACUERDO EL EQUIPO MÉDICO CON LOS AYUNTAMIENTOS DE LOS MUNICIPIOS PARA COLOCAR CARTELES INFORMATIVOS DEL DÍA Y HORA DE LA CHARLA, ASÍ COMO EL LUGAR DE CELEBRACIÓN, TRAS COORDINAR FECHAS QUE MEJOR CONVENGAN A AMBAS PARTES.

**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

| <i>Material/Servicios</i>             | <i>Euros</i> |
|---------------------------------------|--------------|
| <u>CÁMARA DIGITAL</u>                 | <u>300</u>   |
| <u>MATERIAL FUNGIBLE Y DE OFICINA</u> | <u>100</u>   |
| <u>ORDENADOR</u>                      | <u>500</u>   |
| <u>DESPLAZAMIENTOS DESDE ZARAGOZA</u> | <u>400</u>   |
|                                       |              |
| TOTAL                                 | 1300         |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ACTUACIÓN ANTE "VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ELENA GUTIERREZ CATALAN

Profesión

DUE DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

UME 2 ZARAGOZA

Sector de SALUD:

GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061 ARAGON

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico: helenduz@gmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976715703

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos      | Profesión | Centro de trabajo |
|-------------------------|-----------|-------------------|
| 1BARBARA DONCEL SOTERAS | DUE       | UME 2 ZARAGOZA    |
| 2BLANCA PALOU PAPASEIT  | MEDICO    | UME 2 ZARAGOZA    |
| 3                       |           |                   |
| 4                       |           |                   |
| 5                       |           |                   |
| 6                       |           |                   |
| 7                       |           |                   |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Tras realizar una **encuesta verbal al personal sanitario** de la UMEs y comprobar que no existe ninguna guía de actuación ante víctimas de delitos sexuales en el ámbito del 061, hemos visto que la situación de partida en el 061-Aragón es muy precaria respecto a como deben actuar los profesionales sanitarios de este servicio ante una víctima de delito sexual ( mujer, hombre o menor) y debido a que la víctima se encuentra ante una experiencia traumática, consideramos de suma importancia contar con una **guía** de actuación.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Mejorar la calidad asistencial, tras aprender a reconocer a posibles víctimas de delito sexual. Saber actuar.
- Mejorar de Calidad dentro de la Unidad Asistencial.
- Conocer los recursos ya disponibles en nuestra Comunidad Autónoma: informando, acogiendo, orientando o asistiendo a dichas víctimas tras el delito.
- Estimular la colaboración y entendimiento entre los distintos grupos asistenciales Centro de Asistencia a Víctimas de Abusos Sexuales, Unidad Especializada del Cuerpo de Policía Nacional, ofreciendo una Asistencia Integral.
- Al terminar las jornadas el profesional completará sus conocimientos en la optimización de los recursos disponibles existentes en nuestra comunidad autónoma.
- Divulgar una guía y díptico para su estudio y aplicación por los profesionales del 061 Aragón.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**1.-** Realización de UNA **JORNADA DIVULGATIVA** dentro del segundo trimestre del 2009 con la que se pretende que los profesionales amplíen y optimicen sus conocimientos sobre como proceder ante una víctima de delito sexual. Impartiendo unos conocimientos teóricos y sobre todo, se procederá a la realización de unos supuestos teóricos-prácticos con el propósito de fomentar la participación y a su vez aumentar y completar unos conocimientos en estos momentos casi nulos. Para ello se procederá al diseño de una encuesta con la que poder monitorizar los resultados de las jornadas.

**2.-** Se procederá a elaborar un **DÍPTICO-Guía** orientativo e informativo de todo el procedimiento a seguir, desde la recepción de la víctima hasta el transfer en el hospital.

Informando de la cadena asistencial, teléfonos y direcciones de interés, palabras claves y demás aspectos de relevancia para que ante una situación o sospecha de agresión sexual, el personal tenga una orientación para garantizar una atención integral y de calidad. A su vez constará con la presentación del CENTRO DE ASISTENCIA DE VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES (psicólogas) en la comunidad de Aragón así como A LA UNIDAD ESPECIALIZADA en estos delitos (SAM) de la POLICÍA NACIONAL. Se elaborará un PARTE DE ASISTENCIA específico para víctimas de delitos sexuales (pendiente de elaborar) que deberá ser remitido para su registro, monitorización, seguimiento y finalmente evaluación.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Para la evaluación y seguimiento del proyecto se procederá a la realización de:

**1.-JORNADAS DIVULGATIVAS:** Se procederá a entregar a los asistentes una encuesta para valorar a los docentes, interés en lo expuesto, método empleado, conocimientos adquiridos, sugerencias, interés en jornadas sucesivas etc.

**INDICADORES:** serán el 1-.% de profesores que alcancen en la encuesta de evaluación una puntuación media => de 7.  
2-. % de profesionales del 061 que acuden a las jornadas.

**2.-DÍPTICO Y PARTE DE ASISTENCIA A LA VÍCTIMA:**

**LOS INDICADORES** serán:

El % de situaciones resueltas favorablemente en el año 2009.

El % de situaciones no resueltas que podrían haber sido manejadas correctamente, especificando si ha sido deficitario en cuanto a información o en cuanto a derivación.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Las jornadas se procederán a realizar en el segundo trimestre del año 2009 y el seguimiento de los partes de asistencia se evaluarán en diciembre de 2010.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB PARA GESTIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA FORMACIÓN DE 061 ARAGÓN. (GESTIÓN DE MATERIAL DOCENTE)**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**Mabel Cano Del Pozo**

Profesión

**Responsable de Formación 061 ARAGÓN**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

**061 ARAGON**

Correo electrónico:

**tecsalud061@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**976715703**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos         | Profesión                     | Centro de trabajo |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| CASTILLO AMORES, ANA BELÉN | TÉCNICO DE FORMACIÓN          | 061 ARAGON        |
| LARREA GIMENO, JOSÉ LUIS   | RESPONSABLE DPTO. INFORMÁTICA | 061 ARAGÓN        |
| RIVAS REMISEIRO, VERÓNICA  | TÉCNICO DE INFORMÁTICA        | 061 ARAGÓN        |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Demostrada la efectividad de la página web de Formación como elemento de comunicación entre el Departamento de formación, el Grupo docente y los profesionales de 061 se considera oportuno ampliar las utilidades de la misma. Concretamente se ha detectado un déficit en la reserva y cesión de material docente (gestión del material utilizado simultáneamente en varios cursos, sistematizar la reserva de material en sucesivas ediciones de los mismos cursos...), que pensamos se podría solucionar creando una aplicación complementaria de esta web.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Este proyecto es una continuación del proyecto: **CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB PARA GESTIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA FORMACIÓN DE 061 ARAGÓN**, presentado en la convocatoria de 2008.

Los resultados obtenidos coinciden con los resultados esperados en el proyecto previo:

- Crear una plataforma de información, útil y fácilmente accesible para mejorar la comunicación de la información del Plan de Formación Continuada de 061 ARAGÓN, disponiendo de un medio potente tanto para ofrecer como para recoger información pertinente a todo lo relativo a la formación continuada.

- En torno al 50% de los profesionales que se inscriben a los cursos lo hacen por medio de la pg web.

- Favorecer feedback continuo entre todos los miembros del Grupo Docente a través del intercambio de información constante, repercutiendo en un aumento de los conocimientos y habilidades de sus miembros.

- Los apuntes que sirven de soporte teórico en los cursos están disponibles en la página web para ser consultado por los docentes.

- Descender el número de horas teóricas presenciales, al menos en la mitad de las acciones formativas.

- Al disponer de un medio de difusión para los apuntes previos se ha aumentado el número de acciones formativas en las que se especifica a los alumnos que será necesaria la lectura previa de tales apuntes. Así, el contenido teórico de los cursos se ha visto descendido en 2 acciones formativas y sin embargo no ha repercutido en la acreditación, conservándose el nº de créditos concedidos con anterioridad. (Esta condición se extenderá a más acciones formativas durante el Plan de Formación Continuada del 2009)

- Descender el número de envíos desde el Departamento de Formación del material didáctico de los cursos.

- Los apuntes definitivos de los cursos se cuelgan en la plataforma y a ellos tienen acceso todos los profesionales de 061 ARAGÓN. El Departamento de Formación ha descendido a 0 los envíos en este sentido.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Que todo el personal autorizado para la utilización del material docente tenga información en tiempo real de la disponibilidad del mismo.
- Evitar errores de reservas simultaneas de este material.
- Simplificar las reservas de material docente realizando una codificación de material necesario para cada curso.
- Controlar el material defectuoso agilizando su reparación antes de su próxima utilización.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Creación de la aplicación : "Gestión de material docente" en colaboración con el departamento de informática de 061 ARAGÓN.
- Alimentación inicial de la página web con el contenido necesario.
- Gestión del contenido de la página web.
  - Actualización de la documentación referente a la gestión del material docente (catálogos de material, reserva, albarán de salida etc.)
- Evaluación de resultados y detección de áreas de mejora, se realizarán reuniones periódicas de los miembros del proyecto que ayuden a descubrir tanto las dificultades, las áreas de mejora y las fortalezas del proyecto.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

## Indicadores:

1. % de actividades formativas en las que la reserva de material se ha realizado vía web.
2. % de reservas no ejecutadas por un defecto en la actualización de la disponibilidad del material en la base de datos .
3. Tiempo transcurrido entre la detección del material defectuoso y la reparación del mismo.

## Estándares:

- 1- 50%
- 2- 10%
- 3- Material inventariable. 1 año (sujeto al plan de necesidades)  
Material fungible. 3 meses

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha de inicio: 01/03/2009

Fecha de finalización: 31/12/2009

## Calendario:

| <b>ACCIONES</b>  | <b>CALENDARIO</b>                     | <b>RESPONSABLE</b>          |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| Creación de la plataforma informática.                 | Hasta 31 de mayo de 2009              | Departamento de Informática |
| Introducción de los contenidos                         | Hasta 31 de julio de 2009             | Departamento de Formación   |
| Difusión de la aplicación                              | Hasta 31 de agosto de 2009            | Departamento de Formación   |
| Evaluación de indicadores y presentación de resultados | Fecha límite: 31 de diciembre de 2009 | Departamento de Formación   |
|  |                                       |                             |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

CATALOGO DE PRODUCTOS FUNGIBLES PARA PEDIDOS DEL 061

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Chabier Brosed yuste

Profesión Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) UME Calatayud

Sector de SALUD: 061 Aragón

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico: chabigallinas@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
976881787

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos                     | Profesión    | Centro de trabajo                                |
|--|--------------|--|
| 1 Sergio Vicente González              | TTS          | UME Calatayud                                    |
| 2 Paki Expósito Murillo                | Enfermera    | UME Calatayud                                    |
| 3 M <sup>a</sup> José Monfort Herrando | Aux. Admtivo | Área de Gestión económica. Unidad de suministros |
| 4 M <sup>a</sup> Luisa Luesma Gargallo | Jefe de Área | Área de Gestión económica. Unidad de suministros |

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Actualmente la hoja de petición de fungibles del 061 Aragón es una hoja de Excel, con el nombre del producto y un código. Esto dificulta la petición, porque de muchos productos no se tiene una idea clara de lo que son, haciéndose necesaria una descripción mejor del producto por medio de fotografías.

Consideramos que el proceso de pedido mejorará creando un catalogo que será una guía de referencia para conocer los productos de los que se dispone.

Así se evitarán pedidos sin conocer realmente el producto que se está solicitando y si coincide con el deseado

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Que en todas la unidades del 061 se puedan conocer todos los productos de los que se dispone.

Que sea una guía de referencia útil, un apoyo para que los pedidos se ajusten realmente a las necesidades.

Que facilite el trabajo al personal de suministros del 061 con pedidos claros y ajustados a las necesidades reales de las bases

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realizar una serie de fotografías de todos los productos fungibles del listado de peticionario del 061 Aragón.

Maquetación en un catálogo donde además del nombre del producto y su código se incluya una fotografía.

El catálogo se distribuirá a las bases en soporte en papel y además se permitirá su acceso a través de la intranet del 061 ARAGON.

También se distribuirá en formato hoja de Excel donde al lado de cada producto y su código figure un link que abra directamente la fotografía del producto en cuestión.

Todo el material necesario para el proyecto se espera conseguir en una primera fase de material usado que todavía este en buenas condiciones para ser fotografiado, después de material caducado y solo por ultimo de material no usado/caducado, para disminuir los costes.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Se va cumpliendo el plan de actividades en tiempo y forma.

El catálogo está elaborado.

El catálogo es conocido por todas las bases.

% de pedidos realizados conforme a catálogo.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

De Marzo a Agosto realización de las fotografías.

Septiembre maquetación, impresión,

Realización en los distintos formatos

Octubre distribución.

Noviembre y diciembre: pilotaje de pedidos.

|       |   |
|-------|---|
| Anexo | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</b> |
|-------|---|

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>   |                    |
|--|--------------------|
| <i>Material/Servicios</i>  | <i>Euros</i>       |
| <i>Fotografía de productos</i><br><i>Maquetación</i><br><i>Distribución</i>                            | <u>300 euros</u>   |
| <i>Gastos en el propio material fungible que se va a fotografiar</i><br><i>vía pedido excepcional.</i> | <u>- 500 euros</u> |
|  |                    |
| TOTAL  | 800 euros          |